Münster 1937 Med D133

Chirurgische Universitätsklinik Münster (Westf.).
Prof. Dr. Hermann Coenen.

Die Analfistel.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Hohen Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster

vorgelegt von

HEINZ GRAFEN

aus Essen.

1937

DISSERTATIONS-VERLAG G. H. NOLTE DÜSSELDORF

Dekan: Prof. Dr. Jötten
Referent: Doz. Dr. Hellner
Korreferent: Prof. Dr. Coenen

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

MEINEM VATER

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547221_0111

Die erste größere Arbeit über die Analfistel überhaupt fertigte wohl von Kozuchowski an, der 147 Fälle der Breslauer Klinik vom Jahre 1870—1885 und 56 aus zwei anderen Quellen beschreibt. Spätere Statistiken existieren von Greffrath mit 61 Fällen aus der Heidelberger Klinik, Melchior wiederum aus Breslau mit 197 Anafisteln, Götz mit 95 Erkrankungen vom Jahre 1903—1920. In der Zeit seit der Eröffnung der Chirurgischen Klinik in Münster im Jahre 1924 bis zum April 1934 wurden 55 Analfisteln beobachtet. Mit den 55 Patienten setzte ich mich schriftlich in Verbindung, um von ihnen die nötigen Unterlagen für meine Arbeit zu erhalten. In 38 Fällen erhielt ich eine Antwort gleich 69%. Gestorben waren inzwischen 5 Patienten und zwar 22. im Anschluß an die Fisteloperation an Pneumonie, 14. an Gallenblasenca. In diesen beiden Fällen und bei 34. können über den Erfolg der Operation keine Angaben gemacht werden.

Auf das Geschlecht verteilt, überwiegen bei weitem die Männer, 43 gegenüber 12 Frauen gleich 21,8%; v. Kozuchowski errechnet 13%, Greffrath 2%, Melchior 8%, Götz 16% und Hüsing 25% Frauen.

Eine glaubhafte Erklärung kann für das Überwiegen der männlichen Kranken nicht gegeben werden. v. Kozuchowski glaubt erstens an einen anatomischen Unterschied des Mastdarms bei Männern und Frauen, und gibt als zweiten Grund chronische Obstipation an. Diese ist nun gerade beim weiblichen Geschlecht häufiger; einen anatomischen Unterschied des Mastdarms lehnt Melchior ab. Andere glauben, die größere Straffheit der männlichen Beckenbodenmuskulatur als Ursache angeben zu können.

Auf das Alter bezogen ergibt sich, daß unser jünster Patient 1¾ Jahre alt, der älteste ein Mann von 62 Jahren war. Das Hauptkontingent für die Analfistelerkrankung stellen wohl das 20. bis 50. Lebensjahr.

Welches sind nun die Symptome der Analfistel? Es sind zu nennen Nässen, Jucken, Brennen beim Stuhlgang, Belästigung durch Eiter und Kot, die dauernd die Wäsche verschmutzen. Diese Erscheinungen treten mehr oder weniger in den Vordergrund, je nachdem um welche Art von Fistel es sich handelt. In ihrem Verlauf zum Rektum eingeteilt, können wir drei große Gruppen unterscheiden.

I. Fistula subcutaneo-mucosa

1. incompleta
   a) externa
   b) interna
2. completa

II. Fistula ischio-rektalis

1. incompleta
   a) externa
   b) interna
2. completa

III. Fistula pelvina.

Die geringsten Beschwerden wie Jucken, Brennen und zuweilen etwas Sekret werden wohl die incompleten Fisteln, d. h. die, die keine Verbindung mit dem Darm haben, verursachen. Durch die completen Fisteln werden sich immer kleinere Kotpartikel durchzwängen und auch Gase werden unwillkürlich abgehen können. Die Belästigung durch sie ist also bedeutend größer, und aus diesem Grunde kommen sie auch viel früher zur Behandlung.

Der grundlegende Unterschied zwischen Gruppe I, Gruppe II und III besteht in ihrem Verlauf zum Schließmuskel. Die Fistula subcutaneo-mucosa verläuft nach innen vom Sphincter im subcutanen bezw. submucösen Gewebe. Ihr Gang endigt entweder blind oder hat eine Verbindung mit dem Darmlumen dicht über der Cutoanalgrenze. Es sind gerade verlaufende Fisteln, während dagegen die Fistula ischio-rektalis und pelvina, die außerhalb des Sphincters verlaufen, dazu neigen, weitverzweigte Gänge zu bilden. Man hat ihren Verlauf deshalb auch mit einem Fuchsbau verglichen. Die Fistula pelvina endigt meist hoch über dem Sphincter internus im knöchernen Becken und durchsetzt den Levator ani. Die Fistula ischio-rektalis verläuft wie die subcutaneo-mucosa zum Darm. Hat sie eine Verbindung mit ihm, so liegt das Orifizium internum zwischen Sphincter externus und internus. Nur ganz selten reicht sie über den Sphincter internus hinauf. Wird von dieser inneren Öffnung die Schleimhaut des Rektums weiter unterminiert, und bildet sich dabei eine zweite innere Öffnung, so spricht man von einer bimucösen Fistel. Verlegt ein Narbenzug den äußeren Ausgang einer Fistel, gibt es notwendigerweise eine Sekretstauung. Es bildet sich ein Abszeß, der aufbricht; dabei verschafft sich der Eiter einen neuen Ausgang. Fisteln mit zwei oder mehr Ausgängen bezeichnet man als komplizierte Fisteln.

Auf die Gruppe I entfallen von unseren 55 Fällen 44 = 80%:

incomplete externe	33 = 60 %
incomplete interne	1 = 1,8%
complete	10 = 18,2%

Andere Statistiken ergeben:

Götz

incomplete ext. 69%; incomplete int. 2,5%; complete 28,5%;

Melchior

incomplete ext. 67%; incomplete int. 3%; complete 30%;

Greffrath

incomplete ext. 65%; incomplete int. 4,9%; complete 29,5%;

Hüsing

incomplete ext. 80,1%; incomplete int. 0,6%; complete 19,3%.

In diesen vier Statistiken wird aber nicht zwischen submucöser Fistel und ischio-rectaler unterschieden, von denen ich noch 10 Fälle fand und zwar:

ischio-rectale	incomplete ext.	7 = 12,7%
	incomplete int.	0 = 18,2%
	complete	3 = 5,5%

Ziehe ich die incompleten externen Fisteln beider Gruppen zusammen, ergibt sich ein Hundertsatz von 72,7% incompl. interne 1,8%, complete 23,7%.

Alle 5 Zusammenstellungen zeigen eindeutung, daß die Fistula subc. mucosa inkompl. externa am häufigsten vorkommt, was auch später bei den operierten Fällen noch einmal zum Ausdruck kommt. Verschiedene Autoren glauben aber, daß ihre Zahl entschieden zu hoch gegriffen ist, da viele Fisteln eine Verbindung mit dem Darmlumen besäßen, ihr Orificium internum wegen der schwierigen Sondierbarkeit aber nicht gefunden würden. Rube (nach Rotter) geht soweit, überhaupt das Vorkommen einer incompleten äußeren Fistel zu leugnen. Das Sondieren ist also die erste Methode um eine Analfistel festzustellen und ihren Gang zu verfolgen. Dabei geht man außerdem mit einem Finger der anderen Hand ins Rectum und fühlt entweder bei einer kompleten Fistel den Sondenknopf im Darmlumen oder spürt ihn bei einer incompleten deutlicher unter der Rektumschleimhaut. Eine andere Methode ist das Einspritzen von Milch in das Orificium externum und die Beobachtung mit dem Spekulum, ob und wo die Milch durch die Rektumschleimhaut in das Darmlumen tritt. Die Diagnose der Fist. incompl. interna

bereitet wohl die größte Schwierigkeit, da sie meist nur unklare Beschwerden im Rektum, besonders vor und während der Defäkation macht, und ihre innere Öffnung mit der Sonde kaum gefunden werden kann. Die Behandlung einer Analfistel ist heute ausschließlich Sache des Chirurgen. Versuche durch Jodeinspritzungen eine Analfistel zur Heilung zu bringen, haben keinen Erfolg gehabt und sind außerdem äußerst schmerzhaft. Willrich teilte einen Fall mit, wo eine Analfistel durch Anwendung einer Bier'schen Saugflasche zur Ausheilung kam. Durch Zerreißung des Gewebes sollen sich frische Granulationen bilden und so eine Heilung bewerkstelligen.

Von unseren 55 Patienten wurden 41 operiert. Von diesen 41 Fällen waren 32 subc.-mucöse Fisteln = 78%; 8 ischio-rektale Fisteln = 19,5%; 1 pelvine = 2,4%.

durch einmalig Nachoperation 1 = 2,4%
Es verheilten hiervon primär 26 = 63,4% = 65,8% Heilung.

Melchior hat 76% primär verheilte,
durch Nachoperation 7% = 83% Heilung,

Götz 67% primäre Heilung,
durch Nachoperation 14% = 81% Heilung.

Greffrath von 33 Fällen 22 geheilt bei Thermokauteroperation = 70%; von 12 Fällen 8 geheilt bei Operation mit dem Messer = 66%.

v. Kozuchowski erhält 37% primäre Heilung.

Hüsing 70% primär, 10% durch Nachoperation = 80%.

Von den primär verheilten sind:

20 subc.-mucöse Fisteln = 48,8%
6 ischio-rektale Fisteln = 14,6%.

von den sekundär verheilten

1 subc.-mucöse Fistel = 2,4%.

Keine Heilung fand ich in drei Fällen, und zwar bei je einer subc.-mucösen, einer ischio-rektalen und einer Fistula pelvina. Der Hundertsatz der Mißerfolge beträgt also 7,3%. In 11 Fällen konnte ich den Erfolg der Operation nicht erfahren; teils waren die Patieten mit unbekannter Anschrift verzogen, teils gestorben.

Ohne Nachricht 26,8%.

Ein Rezidiv trat nur einmal — 35. — auf; es konnte durch Ätzung zur Abheilung gebracht werden.

Götz vermerkt 3,
Melchior 3,
Hüsing 4 Recidive.

Vergleicht man die Ergebnisse der Operationen, so findet man im Großen und Ganzen fast übereinstimmende Zahlen, bis auf v. Kozuchowski, der nur 37% primär verheilte Fisteln angibt. Da er aber noch unvollständig geheilte besonders aufführt, das sind Leute, die nur ganz geringe Beschwerden von ihrer operierten Fistel haben, glaube ich, daß man sie zu den 37% nehmen darf. Es handelt sich um 18,7%. Also hat auch v. Kozuchowski insgesamt56,2% primäre Heilung.

Die endgültige Heilung nach der Operation dauert gerade bei der Analfistel häufig sehr lange. Wahrscheinliche Ursachen hierfür sind wohl die dauernde Bewegung des Sphincters, die Bewegung der Beckenbodenmuskulatur bei der Atmung, die Stauung des venösen Abflusses, und wegen der Nähe des Anus Reinfektion durch die Fäces. Eine Heilung unter 2—3 Wochen wurde nicht beobachtet, obwohl Autoren Operationen beschrieben haben, nach denen in 6—8 Tagen die Patienten geheilt entlassen werden konnten. Die langwierigsten Heilungen weisen 3. nach 6 Monaten, 5. ebenfalls nach 6 Monaten und 19. nach 5 Monaten auf, obwohl zum Teil noch nachbestrahlt worden war.

Daß eine Spontanheilung so gut wie nie eintritt, darüber sind sich alle Autoren einig. Der Grund hierfür ist wohl die schon oben erwähnte dauernde Beweglichkeit des Beckenbodens bei der Atmung, dann wird bei den completen Fisteln ja auch dauernd Kot nach außen abgegeben, bei den incompl. inneren kann sich der Eiter nie richtig entleeren. Nach Allingham (nach Rotter) soll der Sphincterkrampf ein Auseinanderziehen der ischio-rektalen Fistelwände bewirken. Dazu kommt eine Veränderung der Fistelwand selbst. Bei längerem Bestehen verwandelt sich der Gang allmählich in ein starres Rohr, da sich die Wände teilweise mit Epithel auskleiden. Eine vollkommene epitheliale Auskleidung ist jedoch nur einmal von Bartholdy beobachtet und beschrieben worden. Es handelt sich aber um eine angeborene Analfistel, die B. als Hemmungsbildung auffaßt. Diese Ursache spielt aber praktisch keine Rolle, wie ja auch die angeborene Analfistel nicht häufig ist. Sie kommt dann meist kombiniert mit Atresia ani vor. Lediglich Götz beschreibt zwei Fälle von Spontanheilung, von denen der eine aber zweifelhaft ist, da der Patient beim Stuhlgang noch Beschwerden hatte. Götz glaubt, daß bei diesem Patienten eine incomplete innere Fistel vorlag. Von unseren 55 Fällen schlossen sich auf Bestrahlung hin zwei Fisteln spontan und sind bis heute, d. h.

nach 6 Monaten bezw. 2 Jahren noch nicht wieder aufgetreten. Beide Fisteln waren einwandfrei tuberkulösen Charakters. (Es sind 12. und 13).

Die meisten Fisteln entstanden der Anamnese nach im Anschluß an einen periproktitischen Abszess, der gespalten wurde, nicht richtig ausheilte und eine Fistel hinterließ. 18 Fälle mit dieser Vorgeschichte konnte ich beobachten = 32,7%,

Hämorrhoiden 7 mal	= 12,7%,
Verletzungen 2 mal	= 3,6%,
im Anschluß an Operationen	= 3,6%.
Keine Ursache konnte ich in 12 Fällen finden	= 21,8%.

Combiniert mit Diabetes trat ein Fall auf. Wahrscheinlich hat sich wegen der vermehrten Infektionsgefahr bei Diabetes zuerst ein Abszess gebildet, der dann sekundär zur Fistelbildung führte. Hüsing glaubt, daß der Diabetiker prädestiniert für die Tuberkulose sei und folgedessen zu primären Analfisteln neigt. Bei unserem Patienten 50. kommt eine Tuberkulose wohl kaum in Frage, da weder in der Anamnese etwas von einer Tuberkulose bekannt, noch der histologische Befund positiv ist.

Als andere seltene Ursachen sollen nach Meisel noch Pulsionsdivertikel der Morgagni'schen Lakunen oder Ausstülpungen derselben, in denen Fäces stagnieren, in Frage kommen. Weiter wären noch zu nennen Lues, Typhus und vor allem dann die Tuberkulose. Schon die ältesten Ärzte nahmen an, daß sie gerade die größte Rolle bei der Bildung einer Analfistel spiele. Auch heute noch wird sie mit Recht als häufigste Ursache angegeben.

Melchior z. B. glaubt, daß 61% aller Analfisteln tuberkulösen Ursprungs seien. Hüsing errechnet 33%, Götz 45%, Allingham (nach Götz) errechnet 14%, Hartmann 50%, Greffrath errechnet 10 % und 11% hereditär belastete. Frey errechnet 6,9%—20%, Fausler (nach Rotter) errechnet 2—3%.

Der Unterschied der Angaben zwischen Melchior und Fausler lassen schon erkennen, daß die Diagnose der tuberkulösen Analfistel nicht ganz einfach ist. Man muß ferner unterscheiden, ob die Analfistel primär tuberkulös ist, oder eine Organtuberkulose vorliegt und ob es sich um eine sekundäre Infektion handelt. Es gibt Autoren, die jede primäre Fistel für tuberkulös halten und sie nicht mehr operieren.

v. Kozuchowski wies schon darauf hin, daß die Merkmale der tuberkulösen Analfistel wenig konstant sind, und man makroskopisch die Diagnose nicht stellen kann, obwohl Mangel an

callöser Beschaffenheit der Fistelwand, dünner Eiter, unterminierte Haut und verzweigte Fisteln für Tuberkulose sprechen sollen.

Die Analfistel ist einwandfrei spez. Natur, wenn die histologische Untersuchung positiv ausfällt. Ein negativer histologischer Befund schließt aber keineswegs eine Tuberkulose aus, wie 3. und 22. unserer Fälle zeigen, von denen 3. 1932 an Lungenphthise starb, und 22. röntgenologisch einen inaktiven spezifischen Lungenprozeß aufweist und auch in der Anamnese Lungenaffektionen angegeben werden.

Von unseren 55 Fällen sind 33 histologische Befunde vorhanden. Viermal wurde die Pirquet'sche Hautprobe angestellt. Von den 41 operierten Patienten sind 6 positiv tuberkulös = 14,6%, bei den nichtoperierten wurde durch die Probeexcision 5 mal die Diagnose Tuberkulose gestellt. Bei 13. war der Pirquet + +, der bei dem jugendlichen Alter des Patienten wohl als tuberkulös zu werten ist, da ja außerdem der Vater des Jungen an einer offenen Lungentuberkulose leidet. Eine Lungen- bezw. Bauchfelltuberkulose ist auch noch vorhanden bei 22. und 21. Tuberkuloseverdächtig sind 3 Patienten 11., 36. und 54. Im Ganzen kommen wir auf eine Gesamtzahl von 35,8% tuberkulöser Analfisteln.

Die Patienten mit Analfisteln, bei denen außerdem noch eine Organtuberkulose besteht, kann man wohl als sekundär tuberkulös betrachten, es sei denn, man glaube an ein zufälliges Zusammentreffen von primärer Analfistel und bestehender Organtuberkulose. v. Kozuchowski will die spez. Analfistel auch als Glied einer Kette der tuberkulösen Erkrankung des Körpers, die dann eine Analfistel verursacht, hinstellen. Hüsing kommt zu dem Schluß, daß die Tuberkulose häufig ist und deshalb auch die Analfistel nicht selten tuberkulösen Ursprungs sei. Früher lehnte man im allgemeinen die Operation einer tuberkulösen Analfistel ab, da die Fistel einerseits durch die Eiterabsonderung das tuberkulöse Gift aus dem Körper schaffen sollte, und andererseits häufig Todesfälle nach Operationen beobachtet wurde. Es wird beschrieben, daß schon Hippokrates mit Hilfe eines Seidenfadens, den er in den Fistelgang einlegte und zum Anus wieder herausführte, bei allmählichem Anziehen die Fistelwand durchschnitt. Es bildeten sich hinter dem durchschneidenden Faden sofort frische Granulationen, die so eine Heilung ermöglichten. Im Mittelalter, als man mit Glüheisen und Ätzmitteln einer Analfistel zu Leibe ging, werden Todesfälle infolge Pyämie und Verblutungen wohl nicht selten gewesen sein, sodaß man deshalb von einer Operation bald ganz absah. Jedenfalls kann die alte Ansicht heute nicht mehr aufrecht erhalten werden, da man kaum Fälle beobachtet hat, die sich im Anschluß an eine sachgemäß

ausgeführte Operation verschlechterten. Die frühzeitigste Operation verspricht den größten Erfolg, denn je älter eine Fistel ist, desto mehr wird die Haut in ihrer Umgebung unterminiert. Es bilden sich harte Granulationen, durch Sekretstauung Abszesse mit neuen Gängen und Bildung einer komplizierten Fistel, bei der die Aussichten auf Erfolg natürlich geringer sind. Dazu kommt noch, daß ein tuberkulöser Patient allmählich kachektisch wird und eine Operation zwecklos ist. Die Nachprüfung ergibt auch, daß die Zahl der erfolgreich operierten tuberkulösen Analfisteln nicht viel geringer ist, als die der unspezifischen, wenn die Heilung sich auch etwas länger hinzieht. Von unseren 7 tuberkulösen Fällen sind 4 primär verheilt, wenn bei 3. sich die Wunde auch erst nach 6 Monaten schloß. Bei einem Patienten war die Operation ergebnislos 55.

Eine Gegenüberstellung von nichttuberkulös und tuberkulös Operierten ergibt:

Primär verheilten von 32 Nichttuberkulösen 26 = 65,8%,
durch Nachoperation 1 = 2,4%, = 68,2%.
Primär verheilten von 7 Tuberkulösen 4 = 57 %,
Erfolglos bei Tuberkulose 1
Primär verheilten von 2 Verdächtigen 1
Unbekannt sind geblieben je 1 tuberkulöser und 1 verdächtiger Fall.

v. Kozuchowski hat bei Tuberkulose 23,3% Erfolg, bei den Verdächtigen 27,2%.

Götz bei Tuberkulösen 30%, Nichttuberkulösen 70%,

Melchior bei Tuberkulösen 53%, Nichtuberkulösen 47%,

Greffrath bei Tuberkulösen 9%, Nichttuberkulösen 91%.

Die Hauptbehandlungsmethoden der Analfistel sind heute 1. die Spaltung.

Dabei wird die Röhre in eine lineare Rinne verwandelt. Diese füllt sich vom Rande aus langsam auf, wird immer seichter und führt so allmählich zur Heilung. Leider kann diese einfachste und beste Methode nur bei der subc.-mucösen Fistel in Anwendung gebracht werden. Spaltet man nämlich eine ischio-rektale Fistel, so muß notwendigerweise der Schließmuskel durchschnitten werden. Man hat auch schon früher das Bestreben gehabt, an einer Verletzung des Sphincters bei der Fisteloperation vorbeizukommen, indem versucht wurde, die Fistel in toto herauszupräparieren. Galen soll diese Operationstechnik schon angewandt haben. Sie muß dann aber vergessen worden sein, denn zwei Amerikaner beschrieben zuerst diese Methode; Sendler war der erste Deutsche, der ihnen folgte. Die ischio-rektalen Fisteln und die pelvine werden heute am besten auf diese Weise operiert, denn die Gefahr einer Sphincterdurchtren-

nung ist wohl größer als Greffrath und Götz glauben. Eine einmalige Verletzung halten sie für ungefährlich, warnen dagegen ausdrücklich vor mehrmaliger Durchschneidung.

Melchior vertritt den Standpunkt, daß unter allen Umständen eine Sphincterverletzung vermieden werden muß, da die Gefahr einer bleibenden Incontinenz sehr groß sei, und in keinem Verhältnis zu den Beschwerden einer Analfistel stehe.

Andere sind der Meinung, daß durch radiäre Schnittführung bei der Umschneidung der Fistel eine Incontinenz vermieden würde, denn die Gefahr liege weniger in der Durchschneidung des Muskels als in der Verletzung der motorischen Nerven. Als Beweis führen sie Fälle an, bei denen eine länger bestehende Incontinenz nach Sphincterdurchtrennung vollkommen zurückgegangen sei infolge Regeneration der Nervenendigungen. Matti hat durch seine Versuche an Hunden bewiesen, daß ein Zusammenspiel zwischen Sphincter externus und internus besteht und auf eine Wiedervereinigung des Sphincter externus unbedingt Wert zu legen ist. Sobald dieser nämlich durchschnitten ist, verliert auch der internus nach einiger Zeit seinen tonischen Analschluß, besonders wenn Arbeit von ihm verlangt wird. Es besteht in diesem Falle eine Incontinenz für dünnen Stuhl und Winde. Wird auch er noch durchschnitten, so ist eine absolute Incontinenz die Folge. Schon ganz wenige wiedervereinigte Fasern des Sphinkter externus genügen, den internus wieder funktionstüchtig zu machen.

Während Sendler, der vor der Exstirpation die Fistel nicht spaltete und dadurch mehrere Fälle von Incontinenz in Kauf nehmen mußte, verzichtet Hacker auf eine vorhergehende Spaltung. Er umschneidet sie, schält sie bis zum Rektum heraus und schließt primär die Wunde. Bei einer anderen Methode wird die Fistel, die man vorher auf einen Draht gezogen hat, nach dem Rektum eingestülpt und abgebunden. Die Methode wird mit einzelnen kleinen Änderungen von verschiedenen Autoren mit guten Ergebnissen angewandt und beschrieben. Eine bemerkenswerte Operation ist die Umwandlung einer ischio-rektalen Fistel in eine subc.-mucöse. Dabei wird der Fistelgang bis zum Rektum freipräpariert und als ganzes submucös nach außen verlegt. Nachdem die Wunde, die primär verschlossen wird, geheilt ist, spaltet man jetzt den Fistelgang auf der Sonde. Schwierig sind die Operationen der komplizierten Fisteln mit ihren weitverzweigten Gängen. Um sich diese alle sichtbar zu machen, empfiehlt Kirschner (nach Reichle-Tietze) das Einspritzen von Methylenblau, das die Gänge färbt und daß dann nach Anlegung eines halbkreisförmigen Schnittes um den Anus herum die Gänge einzeln herauspräpariert werden können.

Backhaus verwandelt eine komplizierte erst einmal in eine Röhrenfistel, verlegt diese submucös und spaltet sie später; eine Operationsmethode, die in drei Sitzungen ausgeführt werden muß.

Läßt sich eine Sphincterdurchtrennung nicht vermeiden, so muß sobald als möglich eine Faservereinigung angestrebt werden.

Hüsing gibt 11 Fälle mit Sphincterdurchtrennung an, die bei allen schadlos vertragen worden ist. Bei 5 unserer Patienten war dieser Eingriff nötig und zwar bei 34., 35., 39., 41. und 54., eine teilweise Durchschneidung bei 51. und 55. Gesamtzahl 7 = 17,1% Sphincterdurchtrennungen. Eine vollkommene Kontinenz besteht heute in 4 Fällen, wenn auch bei 51. diese erst nach sehr langer Zeit wieder eintrat. Bei 2 Operierten besteht zur Zeit eine teilweise Incontinenz, d. h. für dünnen Stuhl und Winde. Der eine Fall mit Durchschneidung des Schließmuskels ist unbekannt geblieben.

v. Kozuchowski hat 5 mal eine Incontinenz beobachtet, Melchior sogar 17 mal.

Als Narkose bei der Analfisteloperation können alle Arten in Frage kommen, wie Äther, Lumbal- oder Sakralanästhesie. Ob mit dem Messer oder Thermokauter operiert werden soll, bleibt sich wohl gleich. Greffrath gibt dem Thermokauter den Vorzug, da er mit ihm 85% Heilung gegenüber dem Messer mit 80% erzielt hat. Auch sei der Brandschorf ein Schutz vor sekundärer Infektion; weiter werde durch die Glühhitze eine üppigere Granulation angeregt und das Operationsfeld sei durch geringeren Blutverlust übersichtlicher.

1) H. E. 47j. Mann. 1734/1926.

Anamnese: Seit 2 Jahren besteht eine Analfistel mit Hämorrhoiden.
Befund: An der hinteren Circumferenz der r. Seite findet sich ein reizloser Fistelgang, der nicht in den Darm führt.
Operation: Excision der Fistel.
Histolog. Kein Anhalt für Tuberkulose.

2) W. H. 32j. Mann. 1843/1927.

Anamnese: Seit mehreren Monaten besteht eine Analfistel.
Befund: An der hinteren Circumferenz der Analhaut ist eine linsengroße Fistelöffnung zu finden. Sondentiefe 4 cm.
Operation: Excision der Fistel im Gesunden. Sphincter nicht berührt.
Histolog. Tuberkulöse Fistel.
Fast geheilt entlassen.

3) H. W. 34j. Mann. 1168/1927.

Anamnese: Patient leidet an einer offenen Lungentuberkulose. Vor 10 Monaten bildete sich ein Abszeß am Anus, der incidiert wurde, sich aber nicht mehr schloß.

Befund: Direkt recht neben der Anusöffnung eine Fistel mit Granulationen. Sonde reicht bis an die Rektumschleimhaut. Keine Verbindung mit dem Darm.

Operation: Spaltung der Fistel auf der Sonde und Auskratzung eines kleinen Abszesses. Von hier geht ein kleiner Fistelgang durch den Sphincter nach oben. Keine Operation, nur Auswischen mit Jodoform, da sie sehr kurz ist.

Histolog. Unspez. Granulationsgewebe.

Bei Entlassung in Heilung.

4) J. M. 26j Frau. 966/1927.

Anamnese: Vor 1½ Jahren ein Blasenleiden, anschließend ein Geschwür am Anus, das incidiert wurde, aber nicht ausheilte.

Befund: Links neben dem Anus ein 1 Pfg. Stück großes Ulcus. Mit der Sonde gelangt man 1 cm tief in den Grund. Es bestehen noch mehrere Hämorrhoidenknoten.

Operation: Excision des Fistelganges, der nach der Vagina zu führt.

Histolog. Chronisch entzündl. Granulationsgewebe.

Bei Entlassung in guter Heilung.

5) T. P. 20j. Mann. 1953/1928.

Anamnese: Seit 3 Wochen Blut im Stuhl bemerkt, keine Schmerzen, kein Fieber.

Befund: Rechts am Anus hinten eine kleine Fistelöffnung, die leicht blutet. Eine eingeführte Sonde gelangt einen halben Zentimeter in die Tiefe.

Operation: Excision der Fistel.

Histolog. Kein Anhalt für Tuberkulose.

Noch nicht geheilt entlassen.

6) Bl. H. 25j. Mädchen. 1591/1928.

Anamnese: Es besteht eine offene Lungentuberkulose. Erkrankt vor ein paar Wochen an einer Geschwulst rechts vom Anus, die von selbst aufbrach und übel roch.

Befund: Rechts vom After 2 × 4 cm großes Geschwür. Sonde 4 cm tief eindringend.

Probeexcision: Tuberkulöses Ulcus.

Therapie: Bestrahlung.

Keine Heilung, aber Besserung bei der Entlassung.

7) J. K. 15j. Junge. 1057/1928.

Anamnese: Vor 3 Jahren an einer Lungentuberkulose erkrankt, die aber geheilt sein soll. Seit 1 Jahr besteht eine Analfistel.

Befund: Oberhalb der Anusöffnung, etwas rechts ist eine Fistelöffnung sichtbar. Eine eingeführte Sonde führt bis ans Rektum. Es läßt sich eine Verbindung mit diesem nicht finden.

Operation: Spaltung auf der Sonde und Excision des Fistelgewebes.

Histolog. Tuberkulose.

Nicht vollständig geheilt entlassen.

8) P. O. 26j. Mann. 515/1928.

Anamnese: P. befindet sich wegen einer offenen Lungentuberkulose in einer Heilstätte. Es besteht schon seit einigen Monaten eine Analfistel.

Befund: Rechts vom Anus ist eine 3 cm tiefe incomplete Fistel festzustellen.

Therapie: Bestrahlung.

Keine Heilung bei der Entlassung.

9) N. H. 19j. Mädchen. 485/1928.

Anamnese: Vor 2 Jahren hatte N. ein Geschwür am Gesäß, das geschnitten wurde. Es verheilte zunächst, brach aber dann wieder auf und hat seitdem immer genäßt.

Befund: Eine Fistel dicht oberhalb des Anus, die nach oben führt.

Operation: Spaltung der Fistel und Excision des Fistelgewebes.

Histolog. Kein Anhalt für Tuberkulose.

Geheilt entlassen.

10) J. H. 31j. Mann. 145/1928.

Anamnese: Vor 6 Jahren ist J. aus ziemlicher Höhe auf das Gesäß gefallen. Nach drei Wochen bemerkte er eine Anschwellung am Anus, die aufbrach und Eiter absonderte. Einer vorübergehenden Heilung folgte aber bald eine erneute Absonderung.

Befund: 3 Querfinger links vom Anus finden sich 3 verheilte Fistelnarben. Aus einer vierten Öffnung kommt auf Druck Eiter und Blut. Mit der Sonde gelangt man 10 cm hoch hinauf in das periproktitische Gewebe. Von hier geht ein zweiter Gang aus, der in eine Abszeßhöhle unterhalb des Steißbeines führt.

Operation: T-förmige Spaltung bis in die 10 cm hoch liegende Abszeßhöhle. Excision der Fistel- und der narbigen Abszeßwand.

Bei der Entlassung Wunde in guter Heilung.

11) K. W. 9j. Junge. 1514/1928.

Anamnese: Vor einigen Jahren war bei K. ein tuberkulöses Dienstmädchen im Haus. Seit 2 Monaten hat der Junge eine Fistel am After, die von selbst entstanden sein soll.

Befund: Unterhalb des Anus dorsalwärts ist eine stecknadelkopfgroße Fistelöffnung, die eine trübe Flüssigkeit sezerniert. Sondentiefe 1 cm.

Operation: Excision der Fistel. Einige Fasern des Sphincters werden verletzt.

Bei der Entlassung ist eine völlige Heilung erzielt und der Sphincter intakt.

12) K. K. 37j. Mann. 1234/1926.

Anamnese: Seit 8 Tagen bestehen heftige Schmerzen am After. Ein Abszeß, der sich bildet, bricht auf.

Befund: Eine 4 cm tiefe Fistel, die Blut und Eiter sezerniert.

Keine Operation.

Histolog. Tuberkulose.

Therapie: Bestrahlung.

13) O. F. 2½j. Junge. 795/1926.

Anamnese: Vater leidet an einer offenen Lungentuberkulose. Im ersten Lebensjahr hat sich bei dem Jungen eine Fistel am After gebildet.

Befund: 2 cm r. vom Anus findet sich eine Einziehung mit Fistelgang.

Keine Operation, da die Fistel augenblicklich nicht sezerniert und wegen des jugendlichen Alters des Patienten.

Pirquqet + +

14) W. G. 42j. Mann. 656/1926.

Anamnese: Es bestehen eine offene Lungentuberkulose und zwei Analfisteln seit mehreren Monaten.

Befund: Links, vom Anus 1 cm entfernt, befindet sich eine oberflächliche Fistel, rechts eine zweite mit gegabelten Gängen. Die erste führt zum Rektum, die andere zum Tuber ichii.

Operation: Der Anfangsteil der Fistel wird excidiert, der Rest ausgekratzt.

Histolog. Tuberkulose.

15) V. K. 40j. Mann. 480/1929.

Anamnese: Seit einem Monat Schmerzen am After beim Stuhlgang.

Befund: Rechts oberhalb des Anus findet man eine Fistel, die sich 4 cm hoch erstreckt. Ebenfalls bestehen Hämorrhoiden und eine Fissur.

Operation: Dehnung, Fistelspaltung und Excision. Abbindung der Hämorrhoidalknoten.

Histolog. Unspez. Granulationsgewebe.

Bei Entlassung war nur noch eine ganz kleine granulierende Wundfläche vorhanden.

16) Sch. M. 51j. Mann. 292/1929.

Anamnese: Vor ½ Jahr bildete sich unter Schüttelfrost in vier Tagen ein Abszeß am After, der draußen incidiert wurde. Im Anschluß daran bildete sich eine Fistel.

Befund: Links neben der Anusöffnung sieht man eine 4—5 cm lange, 1 cm breite Narbe. In dieser Narbe ist eine Fistelöffnung wahrnehmbar. Eine Sonde kann 5—6 cm hoch nach oben parallel zum Rektum eingeführt werden.

Pirquet: Negativ.

Patient bekommt Urlaub und kehrt nicht zurück.

17) H. F. 30j. Mann. 2211/1929.

Anamnese: Vor einem Jahr bildete sich ein Abszeß am After, der eine Fistel hinterließ.

Befund: Man findet 1 cm links vom Anus einen 2—3 cm langen Fistelgang.

Operation: Umschneidung der Fistel und Excision in toto. Sphincter intakt.

Histolog. Keine Tuberkulose.

Geheilt entlassen.

18) C. K. 32j. Mann. 1396/1929.

Anamnese: Vor 14 Tagen Auftreten einer schmerzhaften Geschwulst oberhalb des Afters. Aufbruch derselben und Eiterabsonderung, die nie ganz nachläßt.

Befund: Leichte Rötung der Umgebung des Anus. 1 cm nach hinten vom Anus befindet sich ein dünner Fistelgang von 5 cm Länge, der nach innen führt. Auf Druck entleert sich Eiter. Es besteht keine Verbindung mit dem Rektum.

Operation: Dehnung und Exstirpation des Fistelganges.

Histolog. Kein Anhalt für Tuberkulose, unspez. Granulationsgewebe.
Fast geheilt entlassen.

19) Sch. O. 46j. Mann. 1400/1929.

Anamnese: Vor 4 Monaten verspürte Sch. zum ersten Mal Schmerzen in der linken Gesäßhälfte in der Nähe des Afters. Wenige Tage später fühlte er an dieser Stelle eine erdnußgroße Verhärtung unter der Haut, die nach längerem Gehen oder Reiten größer wurde, aber immer wieder abschwoll. In den letzten Tagen hat der Patient dann Eiter am After bemerkt.

Befund: In der Nähe des Anus ist eine etwa hühnereigroße Geschwulst in der Tiefe zu finden. In örtlicher Betäubung wird eine 4 cm lange, nach links verlaufende innere submucöse Fistel festgestellt. Nach ein paar Tagen bricht der Abszeß nach innen durch. Am Übergang von Haut zur Schleimhaut befindet sich außerdem noch eine 3 cm breite und 2 cm tiefe Wunde, in deren Grund die Sonde eine 10 cm tiefe Fistel anzeigt. Starke Hämorrhoiden.

Operation: Der Fistelgang wird etwa 3 cm lang gespalten. Wahrscheinlich geht von diesem Fistelgang ein zweiter zu dem Abszeß links vom After. Er ist aber nicht zu finden.

Histolog. Keine Tuberkulose.
Es eitert noch einige Zeit aus dem Anus, hört dann aber auf. Bei Entlassung ist die Wunde noch nicht ganz verheilt.

20) K. J. 25j. Frau. 406/1928.

Anamnese: Seit 4 Jahren leidet die Patientin an einer Fistel in der Rima ani.

Befund: In der Rima ani oberhalb des Anus nach rechts zu kann man eine 1 cm tiefe Fistel feststellen.

Operation: Excision der Fistel.

Pirquet: Negativ.
Geheilt entlassen.

21) H. Th. 23j. Mann. 11/1931.

Anamnese: Vor 4 Jahren wegen einer Bauchfelltuberkulose laparotomiert worden. Später bildete sich eine Fistel am After, die aber nur wenig Beschwerden verursachte.

Befund: Fistelnarbe am Skrotalansatz hinten und darüber rechts eine Fistel, die bis unter die Rektalschleimhaut geht und blind vor dem Sphincter endet.

Operation: Wird abgelehnt.

22) B. Th. 39j. Mann. 1349/1930.

Anamnese: Vor 6 Jahren an einer Pleuritis sicca und einem Lungenspitzenkatarrh erkrankt. Vor drei Jahren bildete sich ein Furunkel am After, der incidiert wurde, zuheilte, aber jährlich einmal aufbricht.
Röntgenologisch findet sich in der r. Lungenspitze ein inaktiver spez. Herd.

Befund: Links neben dem After findet man eine alte schräggestellte Narbe, die reizlos verheilt ist. Daneben ist eine kleine, mäßig sezernierende Fistelöffnung sichtbar. Fisteltiefe beträgt 6 cm und bleibt außerhalb des Rektums und des Sphincters.

Operation: Ausgraben der Fistel.

Histolog. Keine Tuberkulose.
Patient stirbt an Pneumonie.

23) A. K. 40j. Mann. 3/1930.

Anamnese: Vor 3 Jahren bemerkte A. am After dammwärts eine Verhärtung, die auf Druck nur wenig schmerzte. Seit 3 Wochen hat er nach längerem Gehen ein Gefühl von Feuchtigkeit im Gesäßspalt.

Befund: Am After dammwärts subcutan fühlt man eine etwa kirschgroße, harte Geschwulst, aus der sich aus einer winzigen Öffnung auf Druck etwas Eiter entleert. Ebenfalls finden sich einige mittelgroße Hämorrhoidalknoten.

Operation: Radikale Excision des rundlichen Tumors mit Fistelgang und Ligatur der Hämorrhoiden.

Histolog. Unspez. gefäßreiches Granulationsgewebe.
Geheilt entlassen.

24) K. K. 30j. Mann. 2456/1931.

Anamnese: Vor 2 Jahren hatte K. unterhalb des Anus einen Knoten, der aufbrach und Blut und Eiter absonderte. Ausheilung. Vor einem halben Jahre bildete sich erneut ein Knoten, der aufbrach und nicht mehr ausheilte.

Befund: Rechts neben dem Anus ist eine 4 cm tiefe Fistel, die nicht ins Rektum führt.

Operation: Die Fistelöffnung wird umschnitten und auf der Sonde herauspräpariert. Der Sphincter wird nicht verletzt.

Histolog. Unspez. Entzündung, kein Anhalt für Tuberkulose.
Geheilt entlassen.

25) Sch. B. 39j. Mann. 2378/1931.

Anamnese: Vor 3 Jahren bildete sich ein Abszeß am After, der incidiert wurde und eine Fistel bildete.

Befund: Rechts neben dem Anus findet man in einer alten Narbe eine eitersezernierende Fistelöffnung. Die Sonde reicht weit in die Tiefe, gelangt aber nicht ins Rektum.

Operation: Spaltung der Fistel und Excision. Die Fistel endigt in 5 cm Tiefe in 2 mit Granulationen ausgekleidete Höhlen. Der Sphincter wird nicht verletzt.

Histolog. Keine Tuberkulose.

Nicht geheilt entlassen.

26) D. M. 29j. Frau. 2082/1931.

Anamnese: Seit 2 Jahren klagt Frau D. über Schmerzen beim Stuhlgang und Beschmutzen der Wäsche.

Befund: An der Rückseite des Anus liegt eine stecknadelkopfgroße Fistelöffnung nahe der Medianlinie. Sondentiefe 5 cm. Keine Verbindung mit dem Darm.

Operation: Spaltung der Fistel auf der Hohlsonde und Excision. Sphincter intakt.

Histolog. Granulationsgewebe.

Geheilt entlassen.

27) G. E. 32j. Frau. 989/1933.

Anamnese: Vor einem Jahr wegen einer Analfissur mit späterer Fistelbildung operiert worden. Kein Erfolg.

Befund: Links vom Anus findet man eine fast verheilte Narbe, in deren Mitte sich eine stecknadelkopfgroße Fistelöffnung befindet, die auf Druck Eiter sezerniert.

Operation wird abgelehnt.

28) N. N. 35j. Mann. 1703/1931.

Anamnese: Vor 3 Monaten Abszeßbildung am After. Der Abszeß brach auf, aber hinterließ eine Fistelöffnung.

Befund: 3 cm rechts vom Anus findet man eine Fistelöffnung, in die eine Sonde 2½ cm tief gelangt. Keine Verbindung mit dem Rektum.

Operation: Wird abgelehnt.

29) K. L.40j. Frau. 166/1925.

Anamnese: Vor 1 Jahr bildete sich langsam eine Geschwulst am After, die nach 4 Wochen aufbrach und nicht mehr heilte. Eine Operation führte nicht zum Erfolg.

Befund: Es besteht nach links vom After eine strahlige eingezogene Narbe. Man kann mit der Sonde nicht sehr tief eindringen.

Operation: Wird abgelehnt.

Histolog. Tuberkulose.
Therapie: Bestrahlung.
Nicht geheilt entlassen.

30) E. K. 45j. Mann. 119/1925.

Anamnese: Vor 15 Jahren wegen Hämorrhoiden operiert worden. Seit längerer Zeit besteht nun schon Ausfluß von Eiter aus den Operationsnarben.
Befund: Rechts vom After findet man eine kurze Fistel, die nur ganz wenig Sekret absondert.
Operation: Spaltung des Fistelganges.
Geheilt entlassen.

31) L. E. 25j. Mann. 81/1924.

Anamnese: Als Kind wegen Rektumprolaps mehrfach operiert worden. Seit einiger Zeit hat er eine sezernierende Fistel am Anus.
Befund: Oberhalb der Analöffnung befindet sich die Öffnung einer Fistel, aus der ein Seidenfaden hängt.
Operation: Spaltung der Fistel, die sich in zwei Gänge verliert, die 5 cm lang sind. Auskratzung.
Bei der Entlassung hat sich die Wunde noch nicht ganz geschlossen.

32) S. F. 19j. Mann. 1644/1932.

Anamnese: Vor 3 Monaten plötzlich Bildung eines Abszesses am Anus, der bald aufbrach, aber seit dieser Zeit eine Fistel gebildet hat.
Befund: 2 cm rechts vom Anus kann man eine leicht gerötete Stelle sehen, in deren Mitte sich eine kleine Öffnung befindet. Sondentiefe 1—2 cm.
Operation: Spaltung und Excision der Fistel.
Geheilt entlassen.

33) E. H. 42j. Mann. 270/1926.

Anamnese: Vor 3 Jahren trat eine Anschwellung rechts vom After auf. Diese wurde incidiert und schloß sich nicht mehr.
Befund: 5 cm rechts vom After ist eine Fistel, die Eiter sezerniert. Der Fistelgang ist 4 cm tief und führt um den Sphincter herum.
Operation: Durchstoßung ins Rektum und Spaltung auf der Sonde.
Histolog. Für Tuberkulose keinen Anhalt.
Fast geheilt entlassen.

34) H. M. 19j. Mädchen. 361/1926.

Anamnese: Vor 2 Jahren an einem periproktitischen Abszeß erkrankt. Incision. Es bildete sich eine Fistel.

Befund: Links neben dem After befindet sich eine Fistel, die 2½ cm tief ist. Sie führt um den Sphincter herum und endigt blind.

Operation: Spaltung des Fistelganges und Säuberung von Granulation.

Histolog. Tuberkulose.

Auf eigenen Wunsch noch nicht geheilt entlassen.

35) K. P. 43j. Mann. 1737/1928.

Anamnese: Vor einem Jahr Verletzungen an Hoden und Gesäß mit Bluterguß erlitten. Dieser vereiterte und mehrmalige Incisionen waren notwendig. Es blieb eine Fistel zurück.

Befund: 4 cm rechts vom After sichtbar. Die Sonde dringt 4 cm tief ein. Keine Verbindung mit dem Rektum.

Operation: Spaltung der Fistel auf der Sonde mit Durchtrennung des Sphincters, von dem einige Fasern intakt bleiben.

Histolog. Kein Anhalt für Tuberkulose.

Bei Entlassung ist die Wunde noch 4 cm tief, in guter Heilung begriffen.

36) H. H. 52j. Mann. 2269/1932.

Anamnese: Der Vater ist an Lungentuberkulose gestorben. H. ist immer gesund gewesen. Seit 2 Jahren bemerkt der Patient schon eine Anschwellung rechts vom Anus, die auch zuweilen etwas größer wurde, aber immer wieder abschwoll. Nie Schmerzen beim Stuhlgang. Gelegentlich wurde Abgang von hellrotem Blut beobachtet.

Befund: 3 cm rechts vom Anus findet sich ein kleinerbsengroßer Knoten mit Fistelgang. Sondentiefe 4 cm. Der Gang führt medianwärts und nach oben. Es besteht keine Verbindung mit dem Rektum.

Operation: Exstirpation des Knötchens 3 cm vom Anus entfernt. Freilegen der Fistel, die in ganzer Länge exstirpiert wird (ca. 8 cm). Die Richtung der Fistel geht auf das Steißbein, das sie eben erreicht.

Nicht ganz geheilt entlassen.

37) V. Th. 62j. Mann. 752/1933.

Anamnese: Vor einem halben Jahr zum erstenmal stechende Schmerzen beim Stuhlgang und Bemerken einer harten

schmerzhaften Anschwellung am After. Wiederholte Incisionen führen zur Fistelbildung.

Befund: Links vom After befindet sich eine ca. 2 cm lange, außerhalb des Sphincters liegende Fistel, die ins Darmlumen führt.

Operation: Fistelspaltung.

Histolog. Keine Tuberkulose. Unspez. Granulationsgewebe.

Der Patient ist 1 Monat beschwerdefrei, kommt dann aber wegen der alten Beschwerden und einer neuen Fistelöffnung wieder. Diese liegt an der Umschlagsfalte des Skrotums. Eine zweite Operation mit Sphincterdurchtrennung wird abgelehnt.

Diagnose: Ischio-rektale Fistel, die den Sphincter umgeht.

38) C. I. 25j. Mädchen. 81/1933.

Anamnese: Vor 3 Jahren entstand eine entzündliche Anschwellung an der linken Gesäßseite neben dem After. Diese schmerzte und brach auf. Es entleerte sich dicker, rahmiger Eiter. Nach 8 Tagen Abheilung unter Zurückbleiben eines kleinen Knotens, der 2 Jahre lang keine Beschwerden machte. Vor einem halben Jahr brach er dann auf und führte zur Bildung einer Fistel.

Befund: Links vom Anus befindet sich ein 6 cm langer Fistelgang, der mit dem Darm nicht in Verbindung steht.

Operation: Resektion des Fistelganges, der Sphincter wird nicht in Mitleidenschaft gezogen.

Histolog. Tuberkulose.

Fast geheilt entlassen.

39) S. F. 40j. Mann. 810/1925.

Anamnese: Seit einigen Wochen Afterschmerzen, Stuhldrang und Jucken. Es bildet sich eine Fistel, die dauernd sezerniert.

Operation: Spaltung auf der Hohlsonde und Durchtrennung des Sphincters.

Bei Entlassung geht die Wunde noch bis zur Rektalschleimhaut.

40) H. W. 42j. Mann. 1747/1929.

Anamnese: Beginn des Leidens vor 9 Jahren mit entzündlicher Schwellung links neben dem After. Es bildete sich eine Fistel, die Eiter absonderte. Im Laufe der Jahre wurde H. 3 mal erfolglos operiert. Schmerzen und Blutungen hatte er nie gehabt.

Befund: Links vom Anus findet man ein Infiltrat von Pflaumengröße, neben dem eine Fistel durch den Sphincter nach dem Darm führt. Es bestehen außerdem innen und außen Hämorrhoiden.

Operation: Dehnung des Sphincters. Die linksseitige Fistel, die nach der Innenseite des Darmes führt (2 cm oberhalb der Öffnung), wird auf der Hohlsonde gespalten, wobei die äußeren Fasern des Sphincters durchtrennt werden. Das Fistelgewebe und die Granulationen werden nach Spaltung tung des periproktitischen Infiltrates excidiert bezw. ausgekratzt. Ligatur der Hämorrhoiden.

Histolg. Kein Anhalt für Tuberkulose.

Bei der Entlassung befindet sich die Wundfläche des periproktitischen Gewebes in guter Heilung. Ein Fistelgang ist nicht mehr feststellbar.

41) B. M. 18j. Mädchen. 494/1932.

Anamnese: Vor 1½ Jahren einmal einen kleinen Blutsturz gehabt. Keine Klagen über Husten und Auswurf. Seit 4 Wochen besteht eine Analfistel, die durch Incision eines plötzlich aufgetretenen Abszesses auf der linken Gesäßseite entstand.

Befund: Links vom Anus findet man eine stecknadelkopfgroße Fistelöffnung. Die Sonde gelangt 4 cm in die Tiefe, der Gang führt um den Sphincter herum.

Operation: Spaltung der Fistel auf der Hohlsonde. Man gelangt in eine Abszeßschwarte, die entfernt wird, dabei kommt man an einigen Stellen ins Lumen. Der Spincter wird zum Teil durchtrennt.

Histolog. Keine Tuberkulose.

B. wird völlig geheilt entlassen. Der Sphincterkrampf ist etwas abgeschwächt, reicht aber zum Verschluß für Stuhl und Winde.

42) W. J. 56j. Mann. 583/1932.

Anamnese: W. befindet sich wegen multipler Sklerose in der Nervenklinik. Starke innere und äußere Hämorrhoiden vereiterten vor einiger Zeit und führten zur Bildung einer Analfistel.

Befund: 2 cm links vom Anus befindet sich eine sezernierende Fistel von ca. 3 cm Tiefe und starke innere und äußere Hämorrhoiden.

Operation: Spalten der Fistel mit Durchstoßung ins Lumen und Ausgrabung des Fistelganges. Abbindung der Hämorrhoidalknoten.

Fast geheilt entlassen.

43) St. P. 6j. Junge. 2013/1933.

Anamnese: Rachitis durchgemacht. Schwächliches Kind. Vor einem Monat entstand ein schlecht heilendes Geschwür am After.

Befund: 1½ cm links vom Anus sieht man ein oberflächliches Ulkus mit Fistelgang, der bis an die Rektumschleimhaut führt.

Operation: Excision der Fistel unter Schonung des Sphincters.

Histolog. Keine Tuberkulose, unsp. Granulationsgewebe.

Geheilt entlassen.

44) D. H. 20j. Mann. 2263/1933.

Anamnese: Vor zwei Jahren wurde D. wegen eines Mastdarmabszesses mit Fistelbildung operiert. Die Fistel war ungefähr zwei Monate geschlossen, brach aber wieder auf, schloß sich dann wiederum für längere Zeit und besteht jetzt seit einem Monat.

Befund: Rechts vom Anus ist eine 5 cm lange, reizlose Narbe zu finden. Medial davon ist eine 1 Pfg.stückgroße entzündete Stelle, in deren Mitte eine Fistelöffnung entdeckt wird.

Operation: Excision der Fistel.

Histolog. Unspez. Granulationen.

Geheilt entlassen.

45) D. H. 49j. Mann. 66/1926.

Anamnese: Vor drei Monaten entstand eine schmerzhafte Geschwulst am After, die incidiert wurde, aber nicht verheilte.

Befund: 2 cm vom After befindet sich eine Fistelöffnung. Eine eingeführte Sonde gelangt 2 —3 cm oberhalb des Anus ins Rektum. Die Fistellänge beträgt 4 cm. Es geht noch ein zweiter, blind endender Fistelgang von der Rektumschleimhaut aus ins Gewebe.

Operation: Spaltung der Fistel auf der Sonde. Der Sphincter bleibt unberührt.

Geheilt entlassen.

46) N. K. 33j. Mann. 1246/1926.

Anamnese: Vor 8 Tagen bildete sich unter hohem Fieber und Schüttelfrösten ein Abszeß am After. Dieser Abszeß brach ins Rektum durch mit Fistelbildung.

Operation: Spaltung der Fistel.

Geheilt entlassen.

47) K. F. 39j. Frau. 1741/1926.

Anamnese: Seit einiger Zeit klagt Frau K. über Schmerzen beim Stuhlgang und Beschmutzen der Wäsche.

Befund: Am hinteren Umfang des Anus besteht eine submucöse compl. Fistel, die unterhalb des Sphincters liegt.

Operation: Spaltung der Fistel und Excision der Wandung unter Schonung des Sphincters.

Histolog. Kein Anhalt für Tuberkulose.

Fast geheilt entlassen.

48) P. H. 52j. Mann. 1600/1927.

Anamnese: P. leidet an einer Lungentuberkulose. Vor 8 Wochen bekam er plötzlich Schmerzen, Brennen und Jucken am After.

Befund: An der rechten Seite des Anus, 2 cm vom Schleimhautrand, entfernt ist eine kleine Fistelöffnung neben einer Fissur. Auf Druck quillt etwas Eiter hervor.

Operation: Spaltung der Fistel auf der Sonde und Excision der Fistelwandung. Sphincter ist intakt.

Völlig geheilt entlassen.

49) B. Th. 1¾j. Junge. 1505/1928.

Anamnese: Vor einem Jahr hat das Kind eine eitrige Meningitis durchgemacht. Etwas später bildete sich eine Analfistel.

Befund: Rechts vom Anus entdeckt man eine sezernierende Fistel, die 3 cm oberhalb des Sphincters ins Rektum führt.

Operation: Spaltung auf der Sonde. Sphincter wird nicht berührt.

Pirquet: Negativ.

Geheilt entlassen.

50) K. Th. 45j. Mann. 78/1932.

Anamnese: Der Patient, der wegen Diabetes in der med. Klinik in Behandlung ist, wird wegen einer länger bestehenden Analfistel, die dauernd sezerniert, hierher verlegt. Links vom Anus befindet sich eine Fistel, die ins Darmlumen führt.

Operation: Totale Exstirpation der Fistel, die bis an die Darmwand heran ausgelöst wird. Der Sphincter wird nicht verletzt.

Histolog. Keine Tuberkulose.

Noch nicht ganz geheilt entlassen.

51) V. C. 60j. Mann. 451/1932.

Anamnese: Vor ¾ Jahren erkrankte V. mit einem Furunkel am Gesäß, der incidiert wurde und zur Fistelbildung führte. Aus der Fistelöffnung entweichen Stuhl und Winde.

Befund: Links vom Anus befindet sich ein walnußgroßes Infiltrat. Auf seinem Grund gelangt man in eine Fistel, die mit dem Darm in Verbindung steht.

Operation: Spaltung der Fistel und Ausschneidung. Der Sphincter bleibt größtenteils außen erhalten.
Geheilt entlassen.

52) L. K. 42j. Frau. 702/1933.

Anamnese: Vor einem Jahr Hämorrhoidenoperation. Im Anschluß daran bildete sich eine Analfistel. Diese sezernierte anfangs nur Eiter, dann aber auch Stuhl. Schmerzen beim Stuhlgang sind nicht vorhanden.

Befund: An der hinteren Umrandung mündet eine Fistel. Die Sonde gelangt bis ins Rektum in einer Tiefe von 3 cm.

Operation: Spaltung der Fistel auf der Hohlsonde und Auskratzung der Wände mit dem scharfen Löffel. Sphincter ist intakt.
Geheilt entlassen.

53) C. H. 40j. Mann. 2385/1933.

Anamnese: Als C. vor 6 Jahren eine längere Radtour unternahm, traten plötzlich heftige Schmerzen am After auf. Ein Geschwür von 1 Markstückgröße bildete sich und seit dieser Zeit ist auch die Defäkation schmerzhaft. Eine Fistel bildete sich bald, die nach jedem Stuhlgang 1—2 Tropfen stinkenden Sekretes absonderte.

Befund: Unterhalb der Anusöffnung befinden sich einige breitaufsitzende Codylome, die bei Berührung schmerzhaft sind. Auf ihrer Kuppe entdeckt man einige stecknadelkopfgroße Fistelöffnungen, die miteinander und mit dem Rektum in Verbindung stehen.

Operation: Spaltung der Fistel auf der Sonde, wobei sich ein weitverzweigtes Netz von Fistelgängen findet. Excision des ganzen Gewebes.

Histolog. Kein Anhalt für Tuberkulose.
Auf eigenen Wunsch nicht geheilt entlassen.

54) L. H. 40j. Mann. 2267/1933.

Anamnese: Frau an Lungentuberkulose gestorben. Vor 10 Jahren hat L. wegen einer perforierten Appendicitis mit Fistel-

bildung und Bauchdeckenabszeß 22 Monate im Krankenhaus gelegen. Vor 7 Jahren entstand im Anschluß an einen Abszeß am After eine Fistel. Diese wurde im vorigen Jahr operiert, aber erfolglos. L. hat in letzter Zeit heftige Beschwerden beim Stuhlgang und dauernde Sekretion aus der Fistel.

Befund: Rechts vom Anus ist eine Fistelöffnung. Die Sondentiefe beträgt 5 cm. Es besteht eine Verbindung mit dem Darm.

Operation: Wird abgelehnt.

Nach Hause entlassen.

55) B. A. 48 j. Mann. 2090/1932.

Anamnese: 1910 hat B. eine Beckenquetschung erlitten mit Schenkelhalsfraktur links. Vor 3 Jahren (1930) bildete sich ein fingerkuppengroßer, harter Knoten links am After. Es bestanden keine Beschwerden beim Stuhlgang. Keine Blutbeimengung im Stuhl. Seit 1 Jahr ist der Knoten geplatzt; es entleert sich eitrige Flüssigkeit. Die Defäkation ist jetzt auch mit Schmerzen verbunden. Als plötzlich auch rechts am After eine Schwellung auftrat, ließ er sie incidieren. Diese Wunde wollte aber nicht heilen und eitert sehr.

Befund: In der rechten Circumferenz des Anus findet sich eine eine fast kleinhandtellergroße Wunde mit lividen und schlaffen Granulationen und unterminierten Rändern. Die Wunde reicht in einen trichterförmigen Gang, der rechts vom After und Rektum nach oben führt.

Rö-Bild: Zeigt keine Fistel in der Nähe der alten Fraktur und es scheint keine Verbindung der Fistel mit dem Rektum zu bestehen. Sie führt bis ans Becken und ist 18 cm lang.

Histolog. Chronische Tuberkulose.

Der Patient wird zuerst bestrahlt. Das Ulcus am Anus verkleinert sich bis auf 3 Markstückgröße. Die Sonde gelangt noch 10 cm hoch in den Fistelgang. Die Anlegung eines Anus praeternaturalis wird abgelehnt.

Weiter konservative Behandlung mit Höhensonne und Spülungen.

Das Ulcus verkleinert sich weiter.

Operation: Im September 1933. Excision der Hautnarbe, Entfernung allen tbc. Granulationsgewebes mit dem Messer und Löffel. Spaltung der ganzen Fisteltaschen bis zum Rektum hin in radiärer Richtung bis hoch zum Fistelgrund. Im November Revision in Evipan. Es besteht noch ein Fistelgang von 6 cm Länge und zum Rektum hin mehrere Taschen.

Nicht geheilt entlassen.

SCHRIFTTUM

Backhaus: Eine neue Methode zur Heilung der extrasphinkter gelegenen Rektalfistel. Zentralblatt für Chirurgie 1925 S. 1087. Bd. 52.

Bartholdy: Fistula ani congenita. Archiv für kl. Chir. 1902 Bd. 66, S. 956.

Böhm, Werner: Die Incontinenz nach Behandlung der Fistula ani. Diss. aus der Chirurgischen Universitätsklinik des Charité-Krankenhauses zu Berlin. 1925.

Frey: Beitrag zur Frage der Entstehung und Behandlung der Fistula ani. Münchener med. Wochenschrift 1914 Nr. 4, S. 184.

Götz: Kasuistische Beiträge zur Fistula ani. Bruns Beiträge zur kl. Chir. Bd. 99. S. 268, 1916.

Greffrath: Kasuistische Beiträge zur Operation der Mastdarmfistel. Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 26, S. 18, 1887.

Hacker: Excision des ungespaltenen Ganges der ischio-rektalen Fistel. Zentralbl. für Chir. 1919, Nr. 43, S. 858.

Hüsing, Heinr.: Die Analfistel und ihre Heilung mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose. Diss. 1923, Kiel.

v. Kozuchowski: Statistisch-kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Fistula ani aus der Breslauer Klinik. Diss. Dorpat 1886.

Matti: Experimentell-chirurgischer Beitrag zur Lehre von Mechanismus der Analsphinkteren Deutsch. Zeitschr. für Chir. Bd. 101, S. 70. 1909.

Meisel: Über Analfisteln mit epithelialer Auskleidung. Bruns Beiträge zur kl. Chr. Bd. 28. 1900, S. 293.

Melchior: Beiträge zur Pathologie und Therapie der Fistula ani. Bruns Beiträge zur kl. Chir., Bd. 70, 1910, S. 745.

— Über die Wirkung der einmaligen Durchtrennung des Afterschließmuskels. Bruns Beiträge zur kl. Chir. Bd. 104, 1917, S. 436.

— Über die Tuberkulose als Ursache der Mastdarmfistel. Berl. kl. Wochenschr. 1917, Nr. 26. S. 621.

Reichle-Tietze: Die Chirurgie des Mastdarmes und des Afters. Die Chirurgie Bd. V. S. 681. 1927.

Rotter: Die Chirurgie des Mastdarmes und des Afters. Handb. der praktischen Chir. 3, XI. Abschn. S. 761.

Sendler: Behandlung der Fistula ani. Deutsche med. Wochenschr. 1890, Nr. 14, S. 282.

Stemmler: Zur Operation der Mastdarmfistel. Deutsche med. Wochenschrift 1919 Nr. 28. S. 765.

Walther: Excision des ungespaltenen Ganges der ischio-rektalen Fistel und primäre Naht behufs Vermeidung der Incontinenz. Zentralbl. für Chir. 1919 Nr. 50, S. 995.

LEBENSLAUF

Ich, Heinz Grafen, wurde am 6. 4. 1909 als Sohn des Bürovorstehers Heinrich Grafen in Essen-Altenessen geboren. Bis zum zehnten Lebensjahr besuchte ich die Volksschule. Auf dem Städtischen Reform-Realgymnasium zu Altenessen, das ich anschließend ununterbrochen besuchte, bestand ich Ostern 1930 meine Reifeprüfung. Meine medizinischen Studien begann ich in Jena. Dann studierte ich in Graz und Münster, wo ich auch W.-S. 1935/36 mein Staatsexamen ablegte.